**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

# ГБПОУ РД Дагестанский Базовый Медицинский Колледж

ЛЕКЦИИ

Теоретические аспекты сестринского дела

МДК 04.01 Основы сестринского дела

для специальности: 34.02.01 «Сестринское дело»

Составитель:

преподаватель сестринского дела Тахтарова А.А.

**Махачкала 2021г**

**ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ОСНОВАМ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  **пп** | **Наименование разделов и тем** | **Количество часов при очной форме обучения** |
| 1. | История сестринского дела | 2 |
| 2. | Философия сестринского дела | 2 |
| 3. | 1. Медсестра как независимый специалист в сфере здравоохранения | 2 |
| 4. | Модели сестринского дела | 2 |
| 5. | Потребности человека в здоровье и болезни | 2 |
| 6. | Сестринский процесс: понятие, термины. | 2 |
| 7. | Сестринская документация в МО | 2 |
| 8. | Нормативная документация в МО | 2 |
| 9. | Сестринская педагогика | 2 |
| 10. | Дезинфекционный режим в МО | 2 |
| 11. | Инфекционный контроль и профилактика внутрибольничной инфекции в МО. | 2 |
| 12. | 1. Профилактика передачи вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции в МО. | 2 |
|  | **Итого по разделу**: | **24** |

**СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА**

**Теоретическое занятие № 1**

**Тема: ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

**Цель занятия:** знакомство с историей развития сестринского дела в России и за рубежом, с историей сестринского дела данного края, а также переменами в отечественном сестринском деле на рубеже XX-XXI в.

**План лекции**

История сестринского дела как часть истории человечества.

Источники информации о сестринском деле. Сестринское дело в памятниках литературы и искусства.

Влияние мировых религий на сестринское дело.

Международное признание деятельности Флоренс Найтингейл.

История становления национальных обществ и международных организаций Красного Креста и Красного Полумесяца.

Развитие сестринского дела в России.

Организация ухода за больными в монастырских и гражданских больницах, на дому.

Основоположники сестринского дела в России. Общины сестер милосердия.

Н.И.Пирогов и развитие женской сестринской помощи в годы Крымской войны (1853-1856 гг.)

Дарья Севастопольская, Екатерина Бакунина как примеры героизма и самоотверженности, проявленные сестрами милосердия.

История создания, принципы деятельности Российского Общества Красного Креста.

I Всероссийский съезд сестер милосердия в Москве (август 1917 г.)

Деятельность сестринского персонала на театре военных действий 1941-45гг. и в послевоенные годы.

**Содержание**

Полная история сестринского дела охватывает тысячелетия. Не слу­чайно сестринское дело иногда называют самым древним искусством и самой юной профессией.

На развитии гуманитарной мысли отразилось влияние религий. Особенно много для ухода за больными сделало христианство, ибо в основе христианской идеи - внимание и справедливость к личности, жа­лость к человеку. Учение Христа подчеркивало непреходящую ценность каждого отдельно взятого человека, вне зависимости от его по­ложения на социальной лестнице.

Слово "милосердие" совсем недавно так редко употреблялось у нас, что его вполне можно было бы отмечать в словарях, как устаревшее. Меж­ду тем этим словом обозначалось важнейшее качество души. Милосердие было отличительным свойством русского народа. Все знали, что это слово означает любовь, исходящую от милующего сердца.

Исторически сложилось так, что если врачами чаще являлись мужчи­ны, то выхаживанием больных занимались главным образом женщины.

Византийско-татарское влияние наложило свою печать на судьбы русских женщин: оно не дало им возможности посвятить себя какой бы то ни было гражданской деятельности. Мирские женщины осуществляли уход за домочадцами: помогали при рождении, растили детей, ухаживали за больным членом семьи, ока­зывали первую помощь при бытовых травмах и ранениях, утешали и ободряли умирающих.

Среди женщин Московской Руси была глубоко развита частная бла­готворительность, она составляла "главное, коренное, неизменное дело всей жизни", освященное самим Домостроем, этим житейским кодексом домостроевской Руси, поучавшим: "Церковников, и нищих, и скорбных, и больных, и убогих призывай в дом свой и по силе накорми, и напои, и обо­грей, и помоги..."

Свято исполняли женщины это поучение, в особенности московские царицы. Одно из первых упоминаний о стационарном лечебном учрежде­нии на Руси относится к середине X века, когда княгиня Ольга открыла больницу, где уход за больными был поручен женщинам.

Много делали для больных монастыри. Монахи часто приглашались для ухода за больными на дому, а в тяжелых случаях больных отправляли в монастырские больницы.

Еще до татарского нашествия в летописи упоминаются больницы в Киеве, Переславле Южном, Смоленске, Вышгороде, Чернигове, Новгоро­де, Пскове, на Волыни, в Галицкой Руси и другие. Больничные здания размещались за монастырскими стенами. Труд "служебников больничных" был очень тя­желым. Богатые были обязаны заботиться о безбедном существовании больниц, неимущие больные за дни, проведенные в больнице, отрабаты­вали на пашне, на промыслах, в извозе. Таким образом они воздавали богу за исцеление "молением и трудом".

Сестры-монахини ухаживали за больными бескорыстно, так как счи­талось что взимание платы за уход отнимает священный характер работы сестры милосердия. Очень характерна надпись над входом в монастыр­скую больничную палату: "Все, чтобы угодить тебе, Господи, ничего -чтобы удовлетворить себя." Даже настоятельницы монастырей ежедневно посещали палаты, чтобы "иметь счастье послужить больным". При этом монахини совершенно сознательно рисковали жизнью, так как нищета в то время шла бок о бок с инфекционными болезнями, это было время по­вальных эпидемий, уносивших сотни тысяч жизней.

Особенно широкое распространение женский труд по уходу за боль­ными и ранеными в лазаретах получил при Петре I.

Его осуществляли так называемые "сидельницы", выполнявшие функции санитарок. В то же время до конца 18 века специально обучен­ных сестер для ухода за больными не было. Поэтому можно считать, что сестринское дело оформилось в России в 1803 году, когда появилась служба "сердобольных вдов". В 1814 году по распоряжению императрицы Марии Федоровны из Петербургского "вдовьего дома" на добровольных началах были приглашены и направлены в больницы женщины для "прямого назначения ходить и смотреть за больными". Сердобольные вдо­вы в отличие от "сидельниц" уже должны были осваивать и некоторые медицинские приемы для оказания помощи. В 1818 году в Москве был создан Институт сердобольных вдов, а при больницах стали организовы­вать специальные курсы сиделок. С этого времени начинается специальная подготовка женского медицинского персонала. В 1822 году вышло в свет 1-е руководство на русском языке по уходу за больными - учебник Оппеля.

В 1828 году руководство благотворительными учреждениями приняла на себя великая княгиня Елена Павловна. Она расширила сеть благотвори­тельных учреждений и способствовала развитию сестринских общин. Первая община сестер милосердия возникла в 1844 году в Петербурге. Она существовала на средства благотворительных организаций. По уставу об­щины - впоследствии она стала называться Свято-Троицкой - в нее прини­мались девушки и вдовы от 20 до 40 лет. Они были обязаны дежурить у постели больного на дому или в больнице сутками через 4-5 дней, помо­гать врачу на приеме. Первый год был испытательным, через год сестры давали присягу и становились полноправными членами общины.

Для того, чтобы понять дальнейшие пути развития сестринского дела в России, следует сделать небольшое отступление и сказать несколько слов о влиянии и взглядах английской сестры милосердия Флоренс Найтингейл (1820-1910 г.). Родилась Флоренс Найтингейл во Флоренции, в аристократической английской семье. Она получила блестящее образование, была сведуща в философии, иностранных языках и других свободных искусствах. Флоренс много путешествовала, изучала организацию госпиталей и существо­вавшие в них порядки. Сестрами в госпиталях становились представительницы низ­ших слоев общества, плохо образованные и нередко занимающиеся проти­возаконной криминальной деятельностью. Врачи считали медсестер де­вушками для приготовления пищи и наведения порядка. Ухаживая за боль­ными в своей семье, Флоренс все больше убеждалась в необходимости специального образования для организации и исполнения ухода за боль­ными.

Флоренс Найтингейл явилась создателем научной системы ухода за больными и ранеными. В своих знаменитых "Записках об уходе" Флоренс обобщила и систематизировала все накопленные до нее знания и опыт сес­тер милосердия. Уход за больными - наука и одновременно искусство, требующее специальной подготовки. Дело сестры милосердия, считала мисс Найтингейл, - спасать не только физически, но и духовно. Состояние больного можно улучшить, воздействуя на его окружение. Медсестры ста­ли проявлять инициативу и стараться активно повлиять на ход болезни, обеспечивая свежий воздух, здоровое питание, чистоту тела, досуг, а так­же широкое образование населения по вопросам здоровья и болезни.

Флоренс переступила пределы госпитального сестринского дела, ве­ря, что сестринское дело - это не только уход за больным, но и оказание помощи людям в налаживании нормального образа жизни. "Следить надо за здоровыми, чтобы они не стали больными", - писала мисс Найтингейл.

24 июня 1860 года в больнице Сен-Томас была открыта школа сестер мило­сердия под руководством Флоренс Найтингейл. Из тысячи претенденток были приняты только 15 девушек. Мисс Найтингейл разработала для этой школы детальный план обучения, распорядок дня для слушательниц и правила их поведения. Следуя ее заветам, выпускницы школы разъезжа­лись в разные уголки мира и становились директорами медицинских школ.

Благодарные соотечественники собрали в ее честь капитал в 50000 фунтов стерлингов, которые Флоренс Найтингейл использовала для обу­чения медсестер.

Идеи и практическая деятельность мисс Найтингейл помогли поднять престиж работы медсестры, оформиться сестринскому делу в качестве са­мостоятельной профессии. В 1919 году Лига Международного Красного Креста учредила медаль имени Флоренс Найтингейл как высший знак сестринского отличия, присуждаемый 1 раз в два года в день ее рождения -12 мая (международный день медсестры) - только "за исключительные за­слуги в сестринском деле, вызывающие восхищение всего человечества".

По примеру Флоренс Найтингейл, в России великая княгиня Елена Павловна основала в 1854 году Крестовоздвиженскую общину сестер ми­лосердия - первый союз русских женщин, объединившихся для ухода за ранеными на полях сражений. Руководство Крестовоздвиженской общи­ной взял на себя великий русский хирург Н.И.Пирогов.

В гибельные месяцы Севастопольской обороны Крестовоздвиженские сестры в платьях, напоминавших монашеское одеяние, находились в самом пекле войны и приносили, если не исцеление, то душевное успо­коение тысячам раненых солдат и офицеров.

Помимо сестер милосердия Крестовоздвиженской общины, помощь раненым оказывали жены, сестры и дочери севастопольцев. Среди них ле­гендарная Даша Севастопольская. Сведения о Дарье Лаврентьевне Михай­ловой (настоящее имя Даши Севастопольской) сохранились в воспомина­ниях Н.И.Пирогова, врачей-современников, участников Крымской кампа­нии.

Деятельность Н.И.Пирогова и руководимых им сестер Кресто-воздвиженской общины, а также пример Флоренс Найтингейл и ее отряда английских сестер милосердия, произвели огромное впечатление на швей­царца, обыкновенного торговца, Анри Дюнана, у которого возникла мысль об организации международной частной и добровольной помощи постра­давшим на войне, без различия их званий и национальности. Так возникла организация, которая стала называться международный Красный Крест. По предложению Красного Креста разные государства за­ключили между собой Женевскую Конвенцию, запрещающую применять оружие против раненых. В соответствии с условиями Конвенции, больные и раненые солдаты должны получать помощь без различия, к какому лаге­рю они относятся, а медицинский персонал, его оборудование и учреждения - пользоваться правом неприкосновенности. Они обозначаются отли­чительной эмблемой - красный крест на белом фоне, а для стран с мусуль­манской религией - красный полумесяц на белом фоне.

Россия присоединилась к Женевской Конвенции в 1867 году, и тогда же на базе Крестовоздвиженской общины было создано общество попече­ния о раненых и больных воинах. Это общество в 1876 году было пере­именовано в Российское общество Красного Креста (РОКК), основной за­дачей которого являлась благотворительная деятельность и подготовка сестер милосердия. Но если во время войны обучение сестер милосердия проводилось на базе краткосрочных медицинских курсов, то в мирный пе­риод в основу подготовки сестер милосердия была положена форма под­готовки, выработанная Крестовоздвиженской общиной. К 1892 году на­считывалось уже 109 общин сестер милосердия, которые работали в воен­ных госпиталях, городских лечебницах и лечебницах Красного Креста, они направлялись на работу в местности, пораженные эпидемиями и сти­хийными бедствиями.

Кроме общин Красного Креста, обучение сестер милосердия велось при монастырях и на курсах при больницах.

Профессия сестер милосердия была уважаема в обществе, требовала особых душевных качеств, человеколюбия и даже самоотречения. Сестры милосердия работали в госпиталях во время русско-турецкой (1877-1878 г.г.), русско-японской (1904-1905 г.г.), Первой мировой (1914-1918 г.г.) войн. К 1877 году Россия имела 300 дипломированных сестер.

Среди русских сестер милосердия видное место занимает Екатерина Михайловна Бакунина, которая была призвана на высокий пост настоятельницы Крестовоздвиженской общины сестер. В 1860 году Екатерина Михайловна уехала в родовое имение в Тверской губернии, где устроила лечебницу для больных крестьян, аптеку с бесплатной раздачей лекарств.

В годы русско-турецкой войны Екатерина Михайловна возглавила отряд сестер милосердия, отправляющийся на Кавказ. Простой сиделкой выхаживала она всех, нуждающихся в заботе и милосердии. По окончании войны Екатерина Бакунина была удостоена двух медалей.

В начале нашего столетия руководство благотворительными учреж­дениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна. В 1909 году была открыта Марфо-Мариинская обитель для помощи воинам-манчжурцам. К 1911 году Марфо-Мариинская обитель стала центром милосердия в Москве: здесь организуются бесплатные обеды, лечебницы, визиты сестер милосердия на дом к больным. В 1914 году оби­тель была переоборудована в госпиталь. Сюда привозили раненых с фронтов I мировой войны.

К 1917 году в России насчитывалось 10 тысяч сестер милосердия. 26 августа 1917 года в Москве состоялся 1-й Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено Всероссийское общество сестер милосердия.

Первые медсестринские школы после революции появились в нашей стране в 1920 году. Инициатор их создания - Н.А.Семашко. Общины сес­тер милосердия были ликвидированы, но разработаны программы подго­товки акушерок, медсестер, санитаров. 15 июня 1927 года, под руковод­ством Н.А.Семашко, издано Положение о медицинских сестрах, в котором определены обязанности медицинских сестер по уходу за больными.

В Великую Отечественную войну только в армии находилось 200 ты­сяч врачей и 500 тысяч средних медицинских работников. Впервые в мире в Красной Армии на линию огня была выведена женщина-санинструктор, в обязанности которой входили вынос раненых и оказание им неотложной помощи. 24 санинструктора удо­стоены звания Героя Советского Союза, из них 10 - посмертно. В результате такой героической самоотверженной работы 80% боль­ных и раненых вернулись в строй.

В 1987 году в Туле прошел 1-й съезд медицинских сестер России.

С 1991 года начинается подготовка сестринского персонала не только в медицинских училищах по 2-3-х годичной программе, но и в колледжах по 4-х годичной программе обучения. В медицинских вузах стра­ны существует уже 17 факультетов ВСО.

В августе 1993 года в подмосковном поселке Голицыно был проведен Российско-американский семинар по реформе сестринского образования и практики под девизом "Новые медсестры - новой России!" В 1994 году была образована Ассоциация медсестер России (президент Валентина Саркисова). В 1995 году вышел в свет первый номер журнала "Сестринское дело", предоставляющий всем сестрам страны информацию о том, что сегодня происходит в отечественном сестринском деле.

**Теоретическое занятие № 2**

## Тема: ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

**Цель занятия:** изучение основных положений философии сестринского дела, формирование профессионального мировоззрения, соответствующего современным представлениям о сестринской специальности.

**План лекции**

Необходимость философского осмысления сестринской практики.

Основополагающие понятия: сестринское дело, человек, здоровье, окружающая среда.

Содержание философии сестринского дела. Определение «сестринское дело». Миссия, цели и задачи сестринского дела. Сестринское дело и общество. Лечебное и сестринское дело. Сестринский персонал и пациент. Этические элементы философии сестринского дела.

Программный документ «Философия сестринского дела в России» (Голицыно, 1993г.).

**Содержание**

За последние 20 лет в связи с изменениями в обществе и достижения­ми в здравоохранении роль медицинской сестры значительно возросла, а значит, существенно повысились требования к профессиональной сест­ринской деятельности.

Между тем до недавнего времени наша страна оставалась одной из немногих стран мира, где традиционно готовили медицинских сестер только вспомогательного уровня - уровня помощника и исполнителя воли врача. Эта диспропорция между количеством медицинских сестер и качеством их подготовки еще раз подтверждает кризис, пере­живаемый российским сестринским делом. Сестринское дело в том виде, в каком оно существует сегодня в стране, не отвечает социальному заказу, огромный потенциал медицинских сестер используется едва ли на треть, возможность творчества и профессиональной карьеры ограничены. Изме­нившаяся ситуация требует воспитания медицинской сестры нового типа, равноправного и ответственного члена единой бригады медицинской по­мощи. Тенденция философского осмысления основных понятий сестрин­ского дела впервые появилась в США. Именно пристальным вниманием к во­просам профессиональной философии медицинских сестер за рубежом в значительной степени объясняется безусловный прогресс сестринского дела за последние полвека. Философия сестринского дела - определение миссии сестринского дела в обществе, а также лежащей в его основе системы ценностей.

Программный документ "Философия сестринского дела в России", принятый на 1-ой совместной российско-американской научно-практичес­кой конференции по теории сестринского дела (Голицыно 1993 г.), отра­жает систему взглядов российских медицинских сестер на основные цен­ности и перспективы их профессии, раскрывает перед обществом профес­сиональное мировоззрение, идеал в медсестринском деле. Философия опи­сывает сестринское дело таким, каким оно должно быть.

Философия сестринского дела вклю­чает ответы на следующие вопросы: - определение сестринского дела, его миссия, цели и задачи;

* соотношение сестринского дела и медицины;
* взаимодействие медицинской сестры и пациента;
* профессиональная этика (ценности, добродетели и обязательства  
  медицинской сестры);
* характер взаимоотношений сестринского дела и общества.

**ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОССИИ**

(Голицыно, 1993)

Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на общечело­веческих принципах этики и морали. В центре этой философии человек.

Сестринское дело основано на древней традиции, целью которой яв­ляется удовлетворение человеческих потребностей в защите здоровья и окружающей среды.

Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству и правам человека. Реализация принципов философии сестринского дела зависит от вза­имодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают ответ­ственность сестры перед обществом (в том числе и перед пациентом) и от­ветственность общества перед сестрой. Общество признает важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентирует и поощряет его посредством издания законодательных актов.

Целью сестринского дела является осуществление сестринского про­цесса. Сестра стремится выполнять свою работу профессионально, уважая и охраняя достоинство пациента, его автономию и гармонию с обществом и социальными потребностями.

Современное сестринское дело является наукой и искусством. Успешное применение философии сестринского дела в России, развитие творческого потенциала сестер возможно только в том случае, если обще­ство выполнит свои обязательства по отношению к ним.

Сестра является специалистом, который обладает знаниями и уме­ниями, несет ответственность за процесс ухода и проявляет милосердие. Сестра - уникальная, общественно активная личность, которая совершен­ствует свои профессиональные психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уход. Сестра действует как независимо, так и в сотрудничестве с другими профессиональными работ­никами сферы здравоохранения с тем, чтобы удовлетворить потребности общества и отдельных пациентов в защите здоровья.

Обязательства сестер включают в себя уважение к пациентам и право их на самоопределение. В соответствии, с этим, она действует, исходя из принципа: не причинить вреда, делать добро, уметь сотрудничать и быть преданной как профессии, так и пациенту. Сестринское дело не имеет ограничений по национальным, расовым признакам, возрасту, полу, поли­тическим или религиозным убеждениям, социальному положению. Потребность в сестринском уходе универсальна, она необходима че­ловеку от рождения до смерти. Оказывая помощь пациенту, сестра ста­рается создать атмосферу уважительного отношения к его ценностям, обычаям и духовным убеждениям. Сестра сохраняет конфиденциальность, оберегая информацию в интересах пациента, если она не противоречит его здоровью и здоровью общества.

Сестра принимает участие в разрешении экологических проблем.

Современные сестры обращаются за вдохновением к опыту прошло­го, опыту основоположников сестринского движения, подвижничеству ле­гендарных личностей: Флоренс Найтингейл, Екатерины Бакуниной, Дарьи Севастопольской и других.

Э**ТИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

**ОБЯЗАННОСТИ:**

уважать пациента, уважать право на самоопределение, не причинять вреда, делать добро, уважать обязательства других, держать слово, сотрудничать, быть преданной.

**ЦЕННОСТИ:**

Профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, достоинство, уход.

**ДОБРОДЕТЕЛИ** (личные качества):

Знание, умение, ответственность, жалость, сотрудничество, забота.

**ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

**ЗДОРОВЬЕ:** динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО:** часть медицинского ухода за здоровьем, нау­ка и искусство, направленные на решение существующих и потенциаль­ных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

**ЧЕЛОВЕК:** целостная, динамическая саморегулирующаяся биологи­ческая система, совокупность физиологических, психосоциальных и ду­ховных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.

**МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА:** специалист с профессиональным образованием, разделяю­щий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую ра­боту.

**ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА:** совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, которые затраги­ваются активностью человека.

**ЛИЧНОСТЬ:** общественная сущность человека.

**Теоретическое занятие № 3**

**Тема: МЕДСЕСТРА КАК НЕЗАВИСИМЫЙ СПЕЦИАЛИСТ**

**В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Цель занятия:** ознакомление с ролью, функциями и организационными формами деятельности сестринского персонала, с современными представлениями о сестринской специальности.

**План лекции**

Определение понятия «сестринское дело».

Сестринское дело как составная часть системы здравоохранения.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала. Задачи, стоящие перед здравоохранением, в связи с реформами в сестринском деле.

Взаимоотношения в системе «врач-сестра-пациент». Психологические особенности деятельности медицинской сестры.

Стандарты профессиональной деятельности средних медицинских работников.

**Содержание**

**Сестринское дело** – составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи. Из многочисленных существующих определений сестринского дела наиболее широко известным и часто цитируемым является определение:

«Уникальное призвание медицинской сестры заключается в том, чтобы оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению (либо наступлению безболезненной кончины) и с чем человек мог бы справиться без посторонней помощи, если бы он был достаточно крепок, целеустремлен или информирован, и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность».

Сестринское дело – это искусство и наука одновременно. Оно требует владения специфическими навыками, знаниями и умениям их практического применения, базируется на знаниях и методах различных гуманитарных дисциплин, а также наук, изучающих физические, социальные, медицинские и биологические законы.

Во многих странах мира растет спрос на сестринский персонал, так как их практика гибко реагирует на демографические, экономические и социальные перемены. В результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи и участие в проведении высокотехнологичных научных исследований.

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала меняются в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением:

* развитие первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения;
* реструктуризация медицинских учреждений, обусловливающая оптимизацию сроков пребывания в стационаре;
* расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса;
* совершенствование системы, форм и этапов реабилитационных мероприятий;
* формирование больниц или отделений сестринского ухода;
* развитие системы хосписов и оказанием паллиативной помощи умирающим, базирующейся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества.

Все это требует совершенствования образовательной части системы подготовки и повышения квалификации специалистов сестринского дела.

Взаимоотношения в системе «врач-сестра-пациент» строятся не только на общечеловеческих ценностях, законах коммуникации, но и на документах, главными из которых считаются: «Деонтологический кодекс: принципы и нормы медицинской деонтологии», «Кодекс профессиональной деятельности медицинской сестры». Подробно раскрывая требования к личности врача и сестры, в них акцентируется внимание на коллегиальных партнерских взаимоотношениях врача с медсестрой и их обоих – с пациентом. Известные психологические особенности деятельности медицинской сестры включают требования эмоциональной устойчивости, коммуникативности, стрессоустойчивости, воли, находчивости.

Назрела потребность в пересмотре термина «медицинская сестра», что связано с расширением сферы деятельности и изменением потребностей в сестринской деятельности в системе медико-санитарной помощи. Ключом к профессиональному совершенствованию в медсестринской практике служит образование.

Возрастание роли, самостоятельности и престижности работы медицинской сестры возможно путем создания стандартов профессиональной деятельности средних медицинских работников в различных сферах и совершенствованием имеющихся организационных форм труда медицинских сестер.

Известно, что продвижение реформ невозможно без изменения отношения врача и общества к роли медицинской сестры в эффективном функционировании МО от поликлиники до многопрофильной клинической больницы. Уважение обществом и восприятие медсестры как полноправного участника лечебного процесса возможно не только с изменением программ сестринского образования, но и законотворческих процессов по роли и месту медсестры в системе здравоохранения. Поддержка инициатив медицинских сестер, стимулирование лидерства, совершенствование системы отбора и применение многообразных форм и уровней обучения благоприятно скажутся на будущем сестринского дела.

**Теоретическое занятие № 4**

# Тема: МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

**Цель занятия:** ознакомление с различными моделями сестринского ухода, изучение модели Вирджинии Хендерсон, как наиболее приемлемой в условиях отечественного здравоохранения.

**План лекции**

Концептуальные модели сестринского дела как необходимое условие профессиональной сестринской практики.

Разнообразие моделей сестринского дела. Сравнительные характеристики наиболее известных моделей сестринского дела.

Теории и модели, направленные на преодоление дефицита самоухода у пациента (например, В. Хендерсон, Д. Орэм).

Основные положения модели В. Хендерсон. Взаимосвязь основных потребностей человека по А. Маслоу и видов повседневной деятельности по Вирджинии Хендерсон.

Теории и модели, направленные на адаптацию пациента и членов его семьи к ситуации, связанной со здоровьем (например, К. Рой).

Теории и модели, направленные на укрепление здоровья пациента и его близких (например, М.Аллен).

**Содержание**

**Модель сестринского дела Вирджинии Хендерсон**

Согласно этой модели сестринский процесс должен осуществляться во взаимосвязи с нарушенными жизненно-важными потребностями пациента.

Эта модель предполагает активное участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода, что является необходимым условием благоприятного исхода лечения.

Перед определением объема сестринской помощи необходимо выявить степень дефицита самоухода индивидуально у каждого пациента.

Оценка результатов ухода, согласно модели В.Хендерсон, по существу является оценкой удовлетворения каждой жизненно-важной потребности человека.

**Модель сестринского дела В.Орэм**

Согласно модели В.Орэм сестринский процесс должен быть направлен на повышение роли пациента в осуществлении самоухода. Медицинская сестра должна осуществлять уход за пациентом только при необходимости, используя при этом все виды сестринских вмешательств.

В зависимости от степени недостаточности самоухода, согласно модели В.Орэм, существует три вида сестринской помощи пациенту:

* полностью компенсирующая (высокая степень недостаточности самоухода)
* частично компенсирующая (частичная недостаточность самоухода)
* консультативная, обучающая (низкая степень недостаточности самоухода)

Эта модель также предполагает оценку качества ухода самим пациентом или членами его семьи для проведения своевременной коррекции сестринской помощи при осуществлении ухода за пациентом.

**Модель сестринского дела М.Аллен**

Эта модель носит название «здоровье через развитие».

Цель модели М.Аллен – поиск и накопление информации о возможностях сохранения и укрепления здоровья.

Объектом этой модели является семья – личность. Основной вид осуществляемой сестринской помощи – обучение и формирование у личности (семьи) здорового образа жизни.

Основная форма взаимодействия между пациентом (семьей) и медицинской сестрой – сотрудничество.

Оценка качества сестринской помощи предполагает оценку стремления пациента (семьи) к здоровому образу жизни.

**Модель сестринского дела К.Рой**

Эта модель направлена на адаптацию пациента и членов его семьи к ситуации, связанной с ухудшением здоровья. Согласно модели К.Рой основная цель медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса – это психологическая поддержка пациента и его близких в связи с ухудшением здоровья пациента и возникшими психологическими проблемами.

Оценка эффективности ухода за пациентом предполагает оценку степени адаптации пациента и членов его семьи к изменениям в состоянии здоровья.

**Теоретическое занятие № 5**

# Тема: ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ

**Цель занятия:** изучить теории потребностей в сестринской практике, научиться рационально обосновать сестринские вмешательства, осуществлять системный уход за пациентами.

**План лекции**

Понятие о потребностях.

Иерархия потребностей по А.Маслоу, характеристика основных потребностей человека.

Удовлетворение потребностей в повседневной деятельности человека.

Условия и факторы, влияющие на способ и эффективность удовлетворения потребностей человека. Роль медицинской сестры в оздоровлении образа жизни пациента и его семьи.

Потребность в уходе, возможные причины (болезнь, травма, возраст). Проблемы, связанные с нарушением удовлетворения основных потребностей. Сестринская помощь в поддержании и восстановлении независимости пациента в удовлетворении его потребностей.

**Содержание**

**Здоровье** - это динамическое равновесие личности с окружаю­щей средой, достигнутое посредством адаптации. Достигается это равно­весие путем удовлетворения человеком потребностей.

**Потребность** - это физиологический или психологический дефицит, который человек испытывает на протяжении всей своей жизни и должен его постоянно восполнять для гармоничного роста и развития. При нарушении удовлет­ворения хотя бы одной из потребностей развивается состояние диском­форта.

**Комфорт** - это состояние, при котором человек самостоятельно удо­влетворяет все свои потребности. Так как сестринский уход - это создание пациенту комфорта, то, другими словами, это создание условий, при кото­рых он может самостоятельно удовлетворять свои потребности.

Удовлетворение любой потребности обеспечивается в организме функционированием органов и систем. Любое заболевание нарушает функцию органов, поэтому внешне проявляется нарушением удовлетворения какой-либо потребности. Например, желудочно-кишечный тракт обеспечивает удовлетворение потребностей: есть, пить и выделять. Медсестра в силу своих знаний и умений способна определить не болезнь пациента и повлиять на нее (это может только врач), а определить нарушение в удовлетворении потребностей и создать условия, чтобы эти потребности удовлетворить.

Существует группа потребностей, ко­торые есть всегда у любого человека, независимо от каких-либо условий. Эти потребности называются основными, жизненно-важными или универсальными. Их необходимо удовлетворять каждому человеку в первую очередь.

Существует несколько классификаций потребностей человека. На­пример, классификация Орэм, Рой, А.Маслоу.

Наиболее точной является классификация основных жизненно-важных потребностей по А.Маслоу. Из всех потребностей человека А.Маслоу выделил 14 основных жизненно-важных потребностей.

К ним относятся потребности:

1. дышать
2. есть
3. пить
4. выделять
5. спать, отдыхать
6. быть чистым
7. одеваться, раздеваться
8. поддерживать температуру
9. быть здоровым

10.избегать опасности

1. двигаться
2. общаться
3. иметь жизненные ценности
4. учиться, работать, играть.

Маслоу расположил 14 основных жизненно-важных потребностей че­ловека в порядке первоочередности их удовлетворения от низших физио­логических врожденных до высших психосоциальных, приобретенных в процессе роста и развития, в виде пирамиды. Первую ступень пирамиды А.Маслоу представляют низшие физиоло­гические потребности, без которых невозможна жизнь в биологическом смысле слова. Это потребности в вы­живании.

К ним относятся потребности:

1. дышать
2. есть
3. пить
4. выделять

Человек на протяжении всей своей жизни растет, развивается, посто­янно контактирует с окружающей его средой. В связи с этим у него возни­кают такие жизненно-важные потребности, удовлетворять которые ему необходимо для гармоничного роста и развития в этой среде. Это потреб­ности, обеспечивающие человеку собственную безопасность: защита от природных стихий, болезней, социальных явлений, жизненных неудач, стрессов. Они составляют вторую ступень пирамиды Маслоу.

Это потреб­ности:

5.спать, отдыхать

6.быть чистым

7.одеваться, раздеваться

8.поддерживать температуру

9.быть здоровым

10.избегать опасности

11.двигаться

Обе эти ступени составляют основу пирамиды Маслоу.

К третьей ступени пирамиды А.Маслоу относятся потребности в при­надлежности к обществу, быть принятым и понятым этим об­ществом. Ему необходимо иметь информацию об окружающей его среде. Этого он достигает, удовлетворяя свою потребность общаться.

Жизнь в обществе привела к возникновению потребностей в достижении успеха: в работе, жизни, семье, стремлении к гармо­нии, красоте, порядку. Эти потребности составляют 4-ю ступень пирами­ды Маслоу и представлены потребностью иметь жизненные ценности.

И, наконец, вершину пирамиды, 5-ю ступень, составляют потребности, обеспечивающие самореализацию человека и развитие его как личности. Это потребность учиться, работать и играть.

Пока человек не удовлетворит потребности, составляющие ниж­ние ее ступени, он не сможет удовлетворить более высшие психо­социальные потребности.

**Иерархия потребностей человека (по Маслоу)**

***I.Основные физиологические потребности:***

* Дышать
* Есть
* Пить
* Двигаться
* Сон и отдых
* Поддерживать нормальную температуру тела
* Сексуальные потребности

***II. Потребности в надежности:***

* Стремление к материальному достатку
* Обеспечение старости
* Стремление быть здоровым
* Стремление избегать опасности

***III. Социальные потребности:***

* Стремление общаться
* Стремление быть в коллективе

***IY. Потребности в уважении и любви:***

* + Осознание собственного достоинства
  + Стремление любить и быть любимым

***Y. Потребности в развитии личности и самореализации:***

* Играть
* Учиться
* Работать

**Теоретическое занятие № 6**

**Тема: СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС: ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ**

**Цель занятия:** освоение студентами сестринского процесса во взаимосвязи всех его этапов, воспитание способности к самостоятельному и ответственному принятию решений в области сестринской практики в пределах своей компетенции.

**План лекции**

Требования к профессиональному уходу: научность, системность, индивидуальность.

Сестринский процесс: понятия и термины. Цель сестринского процесса.

Преимущества внедрения сестринского процесса в сестринское образование и сестринскую практику.

Этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и краткое содержание каждого этапа. Первый этап: сестринское обследование.

Второй этап: выявление проблем пациента.

Третий этап: определение целей сестринского ухода, планирование объёма сестринских вмешательств.

Четвёртый этап: выполнение объёма сестринских вмешательств.

Пятый этап: оценка результатов и коррекция ухода в случае необходимости.

Осуществление сестринского процесса в соответствии с концептуальной моделью сестринского дела.

**Содержание**

**Сестринский процесс, понятия и термины**

***Сестринский процесс*** – это комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей пациента в здоровье и болезни.

Сестринский процесс состоит из 5 этапов:

* ***I этап: сестринское обследование***

Состоит из субъективного и объективного обследования. Субъективное обследование – это суждение самого пациента о своей болезни. Объективное обследование – это сведения, полученные медсестрой при осмотре больного.

* ***II этап: определение проблем пациента или постановка сестринского диагноза.***

Сестринский диагноз - это описание характера существующей или потенциальной ответной реакции пациента на нарушение удовлетворения жизненно важных потребностей в связи с заболеванием или травмой. Дру­гими словами, сестринский диагноз - симптомный или синдромный диаг­ноз, во многих случаях это - жалобы пациента.

Из всех имеющихся проблем необходимо выделить ПРИОРИТЕТНЫЕ проблемы, т. е. проблемы, представляющие наибольшую опасность для жизни и здоровья больного.

**Нарушенные потребности Возможные проблемы пациента**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

есть, пить - нарушение глотания

* снижение аппетита
* жажда

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дышать -одышка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выделять - недержание мочи

* частый жидкий стул
* неукротимая рвота

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

поддерживать температуру - лихорадка

спать, отдыхать - нарушение сна

- дефицит досуга

**Различие медицинского и сестринского диагнозов**

**Врачебный диагноз Сестринский диагноз**

* выявление конкретного заболева- - описание внешней, ответной ре­-  
  ния, сущности патологического акции пациента на наличие пато-  
  процесса, происходящего в орга- логического процесса в организ-  
  низме, например, воспаление ме. Например, одышка (как одно  
  легких из проявлений пневмонии)
* в основе - нарушение функций - в основе - нарушение удовлетво-  
  различных органов и систем и их рения основных человеческих по причины, то есть патофизиологи- требностей как результат нару-  
  ческие и патологоанатомические шения функций, то есть, пред-  
  изменения ставления, главным образом, са­-  
   мого пациента о состоянии свое-  
   ­ го здоровья, его жалобы
* не изменяется (если нет врачеб- - подвижен, часто меняется  
  ной ошибки)

- формулируется в терминах врачеб- - формулируется в терминах сест-

ной компетенции ринской компетенции

**Классификация сестринских проблем**

1. физиологические
2. психосоциальные (психологические, духовные и социальные)

**Физиологические проблемы:**

* недостаточное или избыточное питание,
* снижение защитных функций организма,
* острая или хроническая боль,
* отеки или обезвоживание,
* застой мокроты, влажный или сухой кашель, одышка, удушье,
* сердечная недостаточность,
* запор, диарея, недержание кала, метеоризм,
* острая или хроническая задержка мочи, недержание мочи,
* нарушение целостности кожного покрова,
* кожный зуд,
* недостаточная самогигиена,
* обессиливание,
* нарушение речи, памяти, внимания,
* лихорадка,
* дефицит самоухода.

**Психологические и духовные проблемы:**

* дефицит знаний (о заболевании, о целесообразном питании, о рациональной схеме приема медикаментов, о здоровом образе жиз­ни и др.);
* страх, тревога, беспокойство;
* дефицит досуга;
* дефицит семейной поддержки;
* дефицит общения;
* недоверие медперсоналу;
* отказ от приема лекарства;
* неэффективное исполнение лечебной схемы;
* нарушение представления о своем внешнем облике;
* неэффективная адаптация семьи к факту наличия заболевания у  
  одного из ее членов;
* дефицит внимания к будущему ребенку;
* конфликтная ситуация в семье;
* страх смерти;
* чувство "ложной вины" перед близкими из-за своего заболевания;
* чувство ложного стыда.

**Социальные проблемы:**

* социальная изоляция;
* беспокойство о финансовом положении в связи с выходом на инвалидность.

Помимо этой классификации, все сестринские проблемы делят на:

1. Настоящие (уже имеющиеся на момент осмотра).
2. Потенциальные (проблемы, возникновение которых может  
   быть предотвращено при условии организации качественного се­стринского ухода).

* ***III этап: планирование сестринских вмешательств для достижения поставленных целей.***

Этот этап включает в себя:

* 1. постановка целей: краткосрочных и долгосрочных:

а) краткосрочные (меньше одной недели);

б) долгосрочные (недели, месяцы, часто после выписки).

* 1. определение желаемых результатов.
  2. определение типов сестринских вмешательств.
  3. составление плана ухода за больным.
  4. согласование плана ухода с пациентом и его семьей.
     + ***IY этап: выполнение или реализация плана ухода с использованием зависимого, независимого и взаимозависимого типов сестринских вмешательств.***

Типы сестринских вмешательств:

* + - * ***Зависимые* –** вмешательства, производимые по указанию врача: инъекции, раздача лекарств, подготовка к различным методам исследования и др.
      * ***Независимые* –** вмешательства, производимые медсестрой самостоятельно, без указания врача: мероприятия по осуществлению ежедневного ухода за больным, кормление пациента, санитарная обработка, подача судна, мочеприемника массаж и др.
      * ***Взаимозависимые* –** вмешательства, производимые медсестрой совместно с другими членами бригады медицинской помощи: реанимационные мероприятия, обсуждение диеты с сестрой-диетологом и др.
        + ***Y этап: оценка достигнутых результатов или итоговая оценка результатов сестринского ухода.***

Существуют следующие варианты итоговой оценки результатов ухода:

Цель достигнута

Цель достигнута частично

Цель не достигнута.

**Теоретическое занятие № 7**

**Тема: СЕСТРИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ В МО**

**Цель занятия:** освоение студентами требований к ведению сестринской документации во взаимосвязи всех этапов сестринского процесса с целью обеспечения полноценного ухода за пациентом, воспитать способность к своевременному и аккуратному заполнению медицинской документации в пределах своей компетенции.

**План лекции**

Сестринская история болезни.

Оформление титульного листа сестринской истории болезни.

Лист первичного сестринского обследования.

**Содержание**

**Сестринская история болезни**

1. Наименование лечебного учреждения

2. Дата поступления

3. Отделение, палата

4. Непереносимость лекарственных препаратов

5. Перенесённые заболевания: болезнь Боткина, туберкулёз, венерические заболевания, сахарный диабет, прочие

6. Ф.И.О

7. Возраст (полных лет)

8. Постоянное место жительства

9. Место работы, профессия, должность

10.Телефон экстренной связи

11. Кем направлен

12. Клинический диагноз

13. Сестринские диагнозы

**Лист первичного сестринского обследования**

**ПРОБЛЕМЫ**

**ДЫХАНИЕ**

Субъективные данные: одышка, кашель, мокрота, положение в постели.

Объективные данные: окраска кожных покровов и слизистых, частота дыхания, глубина дыхания, ритм дыхания, одышка (экспираторная, инспираторная, смешанная), мокрота (гнойная, кровянистая, серозная, пенистая), запах (да, нет), пульс, частота, ритмичный, аритмичный, АД.

**ПИТАНИЕ И ПИТЬЁ**

Субъективные данные: жажда, аппетит: сохранен, повышен, понижен, отсутствует, погрешности в диете, диспепсия: изжога, отрыжка, тошнота, рвота, сухость во рту, способность самостоятельно питаться.

Объективные данные: рост, вес, должный вес, суточное потребление жидкости, характер рвотных масс, наличие зубных протезов, нарушение жевания, нарушение глотания, наличие гастростомы.

**ВЫДЕЛЕНИЕ**

Субъективные данные: кратность стула, характер стула (жидкий, оформленный), наличие патологических примесей, недержание кала, мочеиспускание (нормальное, болезненное, затруднено, недержание, неудержание), суточное количество мочи, ночное мочеиспускание, способность самостоятельно пользоваться туалетом.

Объективные данные: наличие колостомы (илеостомы), вздутие живота, характер мочи (обычная, мутная, цвета пива, мясных помоев), кратность мочеиспускания, наличие отеков, локализация.

**СОН**

Субъективные данные: сон (не нарушен, прерывистый, быстрое пробуждение, засыпание под утро, бессонница), постельный дискомфорт.

Объективные данные: спит ночью, днем.

**ГИГИЕНА И СМЕНА ОДЕЖДЫ**

Субъективные данные: зуд, локализация, заботится ли о своей внешности, способность самостоятельно умываться, причёсываться, бриться, ухаживать за полостью рта, мыть всё тело, переодеваться.

Объективные данные: состояние кожи и слизистых: нормальная, сухая, влажная; цвет: обычный, бледность, цианоз, гиперемия, желтушность; тургор: сохранен, снижен; наличие пролежней, расчесов, опрелостей; состояние слизистых оболочек; белье (чистое, грязное); санитарная обработка (полная,

частичная).

**ПОДДЕРЖАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА**

Субъективные данные: наличие озноба, чувства жара.

Объективные данные: температура тела, тип лихорадки.

**БЕЗОПАСНОСТЬ**

Субъективные данные: факторы риска: аллергия, курение, алкоголь, падение, стрессовые ситуации. Отношение к болезни, способность самостоятельно принимать лекарства, потребность в информации, наличие боли, что дает облегчение.

Объективные данные: ориентация во времени и пространстве, собственной личности, наличие эпизодов дезориентации; способность самостоятельно поддерживать свою безопасность (да, нет)

**ДВИЖЕНИЕ**

Субъективные данные: передвигается самостоятельно или передвигается с посторонней помощью, ходит до туалета, поворачивается в постели.

Объективные данные: двигательный режим: общий, палатный, постельный, строгий постельный, положение в постели: активное, пассивное, вынужденное, специальное.

**ОБЩЕНИЕ**

Субъективные данные: семейное положение, поддержка семьи, поддержка вне семьи, трудности при общении.

Объективные данные: сознание: ясное, спутанное, сопор, ступор, кома; речь: нормальная, нарушена, отсутствует; память; зрение: нормальное, нарушено; слух: нормальный, снижен.

**ОТДЫХ И ТРУД**

Субъективные данные: досуг, трудоспособность.

**СЕСТРИНСКИЕ ДИАГНОЗЫ**

1.Настоящие

2.Потенциальные

3.Приоритетные

**ПЛАН СЕСТРИНСКОГО УХОДА**

1. Фамилия, имя, отчество пациента
2. Отделение, № палаты
3. Дата
4. Проблемы пациента
5. Цели (ожидаемые результаты)
6. Вмешательства, действия медсестры
7. Периодичность, кратность, частота оценки
8. Конечная дата достижения цели
9. Итоговая оценка эффективности
10. Согласовано с лечащим врачом
11. Согласовано с пациентом
12. Медсестра (подпись)

**ЛИСТ**

**сестринского наблюдения за больным**

**Ф.И.О больного:**

**Объективные данные**

**Сон:** нормальный + нарушен -

**Настроение:** приподнятое ++, нормальное +, плохое –

**Кожа и слизистые** (цвет, влажность, тургор, повреждения)

**Отеки** (выраженность, локализация)

**Количество выпитой жидкости** (в мл)

**Количество введенных растворов** (в мл)

**Суточный диурез** (в мл)

**Водный баланс** (в %)

**Масса тела**

**ЧДД** (наличие одышки, характер)

**ЧСС, пульс** (характер, ритм, дефицит пульса)

**Артериальное давление**

**Мочеиспускание** (характер, частота, цвет, прозрачность)

**Стул** (характер, частота)

**Аппетит:** повышен ++ сохранен + снижен - отсутствует - -

**Боль** (интенсивность в баллах, локализация, иррадиация)

**Двигательная активность:** самостоятельно + с посторонней помощью –

**Личная гигиена:** самостоятельно + с посторонней помощью –

**Зависимость в уходе:** полная ++ частичная + независим -.

**Теоретическое занятие № 8**

**Тема: Нормативная документация в МО**

**Цель занятия: ознакомиться с нормативной документацией МО,** изучить правила ведения документации приемного и лечебного отделений стационара, нормативными приказами МЗ РФ, регламентирующими деятельность МО.

**План лекции**

Нормативные приказы МЗ РФ, регламентирующие деятельность МО.

Медицинская документация приемного отделения стационара. Регистрация пациентов в «Журнале учета приема больных и отказа в госпитализации». Оформление титульного листа «Медицинской карты стационарного больного». Заполнение «Экстренного извещения об инфекционном заболевании…»

**Содержание**

Медицинские работники лечебно-профилактических учреждений при оказании медико-санитарной помощи больным должны руководствоваться следующими приказами и инструкциями Министерства здравоохранения России и РД:

* Приказ МЗ РФ №170 от 16.08.94 «О совершенствовании профилактики и лечения ВИЧ-инфицированных больных в РФ»
* Приказ МЗ РФ №408 от 12.074.89 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»
* Приказ МЗ РФ №720 от 31.07.78 «О совершенствовании медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилению борьбы с ВБИ»
* ОСТ 42-21-2-85 «Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения»
* Приказ МЗ РД №68-л от 10.04.89 «О дальнейшем совершенствовании качества медицинской помощи населению РД»
* Приказ МЗ РФ №333 от 12.11.97 «О мерах по улучшению учета, хранения и выписывания наркотических лекарственных средств»
* Приказ МЗ РФ №523 от 20.09.98 «Учет и хранение ядовитых лекарственных средств»
* Приказ МЗ РФ №1175 от 05.09.85 «О мерах по профилактике и лечению ГБ»
* Методические рекомендации МЗ РФ от11.01.86 «Выявление и наблюдение за носителями антигена вирусного гепатита В»
* Приказ МЗ РФ №1002 от 04.09.87 «О мерах профилактики заражения вирусными гепатитами и СПИД»
* Приказ МЗ РД №386-л от 31.12.97 «Об улучшении эпиднадзора за ВИЧ-инфицированными в РД»
* Приказ МЗ РФ №770 от 30.05.86 «О всеобщей диспансеризации населения»
* Приказ МЗ РД №231-м от 13.12.94 «О мерах по профилактике и лечению холеры»
* Приказ МЗ РД №139-э от 20.07.90 «О мерах по профилактике и лечению вирусных гепатитов в РД»
* Приказ МЗ РД №87-д от 17.05.94 «О мерах по профилактике и лечению дифтерии в РД»
* Приказ МЗ РФ №556 от 10.08.87 «О состоянии и мерах по усилению профилактики туберкулеза в РФ»
* Приказ МЗ РФ №527 от 05.07.88 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи в стране»
* Приказ МЗ РФ №288 «О санитарно-противоэпидемическом режиме в ЛПУ»
* Приказ МЗ РД №56 «Эпидемиология холеры по РД»
* Приказ МЗ РФ №320 «Борьба с педикулезом»
* Приказ МЗ РФ №840 «Профилактика дизентерии и кишечных инфекций»
* Приказ МЗ РФ №245 «Учет и хранение этилового спирта»
* Приказ МЗ РФ №753 «Меры по снижению заболеваемости и борьбе с сывороточными гепатитами»
* Приказ МЗ РФ №299 от 31.07.2000 «Технологии выполнения простых медицинских услуг»
* Приказ МЗ РФ №186 от 05.06.98 г. «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием»
* Приказ МЗ РФ №237 от 28.08 92г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»
* Приказ МЗ РФ №350 от 20.11.2002г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации»
* Приказ МЗ РФ и ФФОМС №363/77 от 1996г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»
* Приказ МЗ РФ №4 от 09.01.2001г. «Об отраслевой Программе развития сестринского дела в Российской Федерации»
* Приказ МЗ РФ № 390 от 31.12.97 г. «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации»
* Решение Коллегии МЗ РФ от 28.12.99 г. «О Доктрине среднего медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации».
* Приказ МЗ РФ №249 от 19.08.97 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического образования»
* Приказ МЗ РФ №1004 «О порядке аттестации средних медицинских работников».

**Медицинская документация приёмного отделения**

* «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у). В журнале медицинская сестра фиксирует: фамилию, имя, отчество больного, год рождения, данные паспорта и страхового полиса, домашний адрес, место работы и должность, телефоны (домашний, служебный, близких родственников), дату и время поступления, откуда и кем он доставлен, характер госпитализации (плановый, экстренный, «самотёк»), диагноз направившего учреждения, диагноз приёмного отделения, в какое отделение направлен больной. При отказе больному в госпитализации в журнал заносятся сведения о причине отказа и оказанной помощи: медицинская помощь, направление в другой стационар, отсутствие показаний к госпитализации и пр.
* «Медицинская карта стационарного больного» (традиционно называемая историей болезни; форма № 003/у). Медицинская сестра оформляет титульный лист истории болезни, а также заполняет паспортную часть и левую половину «Статистической карты выбывшего из стационара» (форма № 066/у). «Журнал осмотра на педикулёз»: заполняется при выявлении у больного педикулёза; дополнительно в истории болезни делают пометку «Р» (pediculosis).
* Экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию (для направления в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту выявления): заполняют при наличии у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза.
* «Журнал телефонограмм». Медицинская сестра фиксирует в журнале текст телефонограммы, дату, время её передачи, кем она принята.
* Алфавитный журнал поступивших больных (для справочной службы).

**Теоретическое занятие № 9**

**Тема: Сестринская педагогика**

**Цель занятия:** использование знаний в обучающей деятельности медицинской сестры.

**План лекции**

Терапевтическое обучение как элемент лечебного процесса.

Функции медицинской сестры как преподавателя по вопросам, касающимся состояния здоровья. Оценка потребности и (или) его семьи в обучении. Мотивация к обучению. Оценка исходного уровня знаний и умений пациента. Учет факторов, влияющих на способность к обучению: возраст, образование, состояние здоровья.

Интерпретация проблем пациента/семьи, связанных с дефицитом знаний и умений, необходимых для осуществления лечебно-диагностического процесса и ухода (самоухода).

Определение целей обучения совместно с пациентом с учетом его потребностей и индивидуальности.

Планирование объема обучения. Организация обучения. Содержание обучения. Сферы, методы и приемы обучения. Ясность и однозначность заданий, темп. Необходимые коммуникативные навыки. Выбор времени обучения. Создание благоприятной для обучения обстановки. Согласование с пациентом. Реализация плана обучения.

Оценка качества и эффективности обучения, коррекция в случае необходимости. Поощрение заинтересованности пациента в обучении и его успехов.

**Содержание**

Обучение складывается из определенных действий, зависящих от того, какую функцию выполняет обучаемый (пациент или члены его семьи) в педагогической ситуации:

* пассивного восприятия и освоения полученной извне информации;
* активного самостоятельного поиска и использования информации;
* организуемого извне, направленного поиска и использования информации.

В первом случае в основе обучения лежит преподавание пациенту или членам его семьи готовой информации, готовых заданий и умений на основе методов: сообщение, разъяснение, показ и требование к определенным действиям пациента. Учение складывается из таких действий, как подражание, дословное или смысловое восприятие и повторение, воспроизведение, тренировка, упражнение по стандартам и правилам.

Во втором случае пациент (или члены его семьи) рассматриваются как субъект, формирующийся под воздействием собственных интересов и целей. Это вид естественного самообучения, направленного на удовлетворение своих потребностей и интересов.

В третьем случае медсестра организует внешние источники поведения (требования, ожидания, возможности) так, что они формируют необходимые интересы пациента (или членов его семьи), а уже на основе этих интересов пациент и (или) члены его семьи осуществляют активный отбор и использование необходимой информации. В основе обучения в третьем случае лежит руководство процессом с помощью следующих методов: постановка сестринских проблем, обсуждение поставленных целей вместе с пациентом и членами его семьи, дискуссия, совместное планирование, действия пациента, оценка результатов, обсуждение проб и ошибок.

Под сестринскими методами (способами) обучения понимают последовательное чередование способов взаимодействия медсестры и пациента, направленное на достижение целей сестринского процесса посредством проработки учебного материала. Метод (по гречески —- «путь к чему-либо») — способ достижения цели, способ приобретения знания. В сестринской педагогике используются в основном методы традиционного обучения: объяснительно-иллюстративный и репродуктивный, основная сущность которых сводится к процессу передачи готовых известных знаний пациентам или членам их семей с целью обучения.

Выбор методов зависит от следующих условий: содержания обучения, задач обучения, времени, которым располагает медсестра и пациент, особенностей пациента, наличия средств обучения. Медсестра выбирает из общего набора методов те, которые наиболее способствуют решению конкретной обучающей задачи на конкретном этапе обучения. Особенностью сестринской педагогики является индивидуальный подход развития утраченных в связи с болезнью способностей пациента обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний. На формирование умений и навыков, необходимых для восстановления здоровья пациента, и должны быть направлены практические действия медсестры.

**Планирование, оценка качества и эффективности обучения**

Медицинская сестра организует процесс обучения, состоящий из формулировки мотива, построения плана (замысла, программы), исполнения (реализации), контроля и оценки процесса обучения, его качества и эффективности. Планирование обучения обсуждается совместно с пациентом, с учетом его индивидуальности, выбора времени обучения.

Медсестра создает учебные ситуации, ставит ясные и однозначные задачи, которые характеризуются тем, что пациент или обучаемый получает задание на усвоение с учетом темпа обучения. Решение учебной задачи обеспечивается медсестрой посредством учебных действий, которые принимаются обучаемым. Медсестра осуществляет постоянный контроль деятельности обучаемых, переходящий в самоконтроль и оценку (самооценку). Активное участие пациента в процессе обучения поощряется медсестрой с целью заинтересованности пациента в обучении. Всякое действие становится регулируемым только при наличии контролирования и оценивания в структуре деятельности.

Обучение считается эффективным, если медсестра и пациент или обучаемый достигают поставленных целей по усвоению определенных заданий. Медицинская сестра при этом должна иметь необходимые коммуникативные навыки, обладать педагогическим тактом, знать теоретические основы педагогики, психологии и других смежных дисциплин.

**Принципы терапевтического общения**

* Обращайтесь к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».
* Начинайте беседу с указания вашего имени-отчества и должности.
* Смотрите пациенту в глаза, улыбайтесь; если пациент лежит, присядьте на стул, стоящий рядом.
* Обеспечьте конфиденциальность вашей беседы. Помните, что конфиденциальность является условием создания доверительных отношений с пациентом.
* Поощряйте вопросы вашего пациента.
* Говорите неторопливо, доходчиво, пользуйтесь исключительно положительной интонацией вашего голоса.
* Соблюдайте принципы эффективного умения слушать.
* Проявляйте мастерство общения медицинской сестры с пациентом.
* Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологического микроклимата при общении с пациентом.
* Будьте естественны при разговоре, создайте атмосферу взаимопонимания, доверия.

**Теоретическое занятие № 10**

**Тема: Дезинфекционный режим в МО**

**Цель занятия:** изучить виды, методы и средства дезинфекции, действующие нормативные документы, правила техники безопасности при работе с дезинфицирующими средствами, обучить приготовлению дезинфицирующих растворов различной концентрации.

**План лекции**

Дезинфекция: понятие, виды, методы, режимы.

Действующие нормативные документы.

Средства для химической дезинфекции.

Приготовление и использование традиционных хлорсодержащих дезинфицирующих растворов.

Характеристика современных средств дезинфекции.

Методические рекомендации к использованию дезинфицирующих средств. Токсичность дезинфицирующих препаратов. Меры предосторожности.

**Содержание**

**Дезинфекция** (лат. de – приставка, означающая прекращение, устранение, inficio – заражать; син. – обеззараживание) – комплекс мер по уничтожению вегетирующих форм патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Существует два основных направления дезинфекции:

• профилактическая дезинфекция – предупреждение внутрибольничных инфекций;

• очаговая дезинфекция – обеззараживание в выявленном очаге инфекции.

Дезинфекцию можно осуществлять четырьмя методами: механическим, физическим, химическим и комбинированным.

**Механический:**

Влажная уборка помещений

Освобождение помещений от пыли (пылесос, окраска и побелка)

Мытьё рук

**Физический:**

Проглаживание горячим утюгом, прокаливание

Использование солнечных лучей

Ультрафиолетовое облучение

Обработка кипятком, кипячение; кипячение в дистиллированной воде в течение 30 мин и с добавлением натрия гидрокарбоната в течение 15 мин

Пастеризация

Обработка в сухожаровом шкафу (воздушный метод)

Обработка паром (паровой метод под избыточным давлением)

**Химический:**

Обработка ветоши и медицинских инструментов с помощью дезинфицирующих средств:

орошение, протирание, полное погружение, распыление

**Основные группы дезинфицирующих средств, применяемых в МО**

Альдегидсодержащие: Формальдегид, «Септодор», «Гигасепт ФФ» и др.

Кислородсодержащие и средства на основе перекиси водорода: водорода перекись, «Дезоксон-1», «Дезоксон-4», «Виркон» и др.

Поверхностно-активные вещества: «Аламинол», «Септабик» и др.

Спирты: этиловый (70%), «Октенисепт» и пр.

Фенолсодержащие: «Амоцид»

Хлорсодержащие: хлорная известь, кальция, натрия гипохлорит, хлора-

мин Б и др.

Методы дезинфекции медицинских инструментов

К основному методу дезинфекции медицинских инструментов относят метод погружения в дезинфицирующий раствор. Для дезинфекции методом погружения используют следующие растворы.

• 3% раствор хлорамина Б с погружением медицинских инструментов на 60 мин.

• 6% раствор водорода перекиси с погружением на 60 мин или 4% раствор – на 90 мин.

• 2% раствор глутарала с погружением на 15 мин.

• 70% раствор спирта с погружением на 30 мин.

**Дезинфекция помещений, предметов обстановки процедурного кабинета**

Осуществляют путём двукратного протирания ветошью, смоченной в 1 % растворе хлорамина Б с моющим средством или в 3% растворе водорода перекиси с моющим средством.

Обработка ветоши:

1) погружение в один из растворов (1% раствор хлорамина Б, 0,5% раствор кальция гипохлорита) на 60 мин перед использованием;

2) кипячение в 2% содовом растворе в течение 15 мин.

Если предметы обстановки или ветошь загрязнены кровью, следует немедленно перейти на режим обработки с использованием 3% раствора хлорамина Б.

**Текущая уборка процедурного кабинета**

Проводят 2 раза в день с применением 1% раствора хлорамина Б. Ультрафиолетовое облучение и проветривание кабинета осуществляют 4раза в день по 15–20 мин (после уборки и в процессе работы помещение следует облучать стационарными или передвижными ультрафиолетовыми лампами).

**Генеральная уборка процедурного кабинета**

Выполняют 1 раз в неделю с применением 500 г 5% раствора хлорамина Б на 10 л воды.

**Приготовление рабочих дезинфицирующих хлорсодержащих растворов**

Хлорсодержащие дезинфицирующие растворы применяют для обеззараживания различных помещений, туалетов, предметов ухода, посуды, выделений пациентов и пр. Приготовление дезрастворов должно проводиться централизованно в специально оборудованных помещениях, имеющих приточно-вытяжную вентиляцию.

**Необходимое оснащение**

• Защитная одежда (длинный халат, шапочка, клеёнчатый фартук, респиратор, защитные очки, резиновые перчатки, сменная обувь).

• Сухая хлорная известь, хлорамин Б (сухой порошок).

• Ёмкости (эмалированные, пластмассовые или из тёмного стекла) для дезинфицирующих растворов с обязательной маркировкой.

• Мерная посуда (1л, 10 л) с маркировкой.

• Деревянная лопатка для размешивания раствора.

• Вода.

• Средства личной гигиены (полотенце, мыло).

**Порядок приготовления 10% раствора хлорной извести**

1. Подготовиться к приготовлению дезинфицирующего раствора: надеть спецодежду, проверить оснащение, отметить время начала процедуры.

2. Налить в ёмкость 2–3 стакана воды.

3. Осторожно всыпать туда 1 кг сухой хлорной извести и тщательно размешать, разминая комочки.

4. Долить ёмкость водой до 10 л, перемешать до однородной массы.

5. Плотно закрыть ёмкость крышкой и оставить на сутки в тёмном помещении; раствор необходимо перемешать несколько раз в течение суток.

6. Через сутки слить отстоявшийся раствор в другую ёмкость (процедуру также проводить в защитной одежде), сделать на ней надпись о дате приготовления и хранить в тёмном месте.

7. По окончании процедуры снять спецодежду, вымыть руки.

**Порядок приготовления рабочих растворов хлорной извести**

1. Подготовиться к приготовлению дезинфицирующего раствора: надеть спецодежду,

проверить оснащение, отметить время начала процедуры.

2. Налить в ёмкость 1 л 10% раствора хлорной извести (для получения 2% раствора хлорной извести – 2 л, 3% - 3 л, 5% - 5 л).

3. Долить ёмкость водой до 10 л, перемешать.

4. Плотно закрыть ёмкость крышкой и сделать на ней надпись о дате приготовления.

5. По окончании процедуры снять спецодежду, вымыть руки.

Процедура приготовления раствора хлорамина Б также должна выполняться с соблюдением всех правил техники безопасности, в защитной одежде и с обязательной маркировкой ёмкостей с жидкостью.

Для получения 1% раствора хлорамина Б нужно 10 г сухого хлорамина Б (для 2% - 20г, 3% - 30г, 5% - 50г) сначала тщательно размешать в специальной ёмкости и затем долить водой до метки 1 л. Такой раствор используют для работы сразу после его приготовления.

Обеспечение санитарно-гигиенического режима в лечебном учреждении предусматривает тщательную регулярную уборку помещений. Тщательная влажная уборка больничных помещений и содержание в чистоте оборудования, медицинского инвентаря, предметов по уходу, мебели – обязательное условие соблюдения правил санитарно-гигиенического режима в лечебном учреждении.

**Теоретическое занятие № 11**

**Тема: Инфекционный контроль и профилактика внутрибольничной инфекции в МО**

**Цель занятия:** изучение факторов риска для пациентов и сестринского персонала в МО, а также мероприятий по предотвращению и снижению их воздействия, получение знаний в области инфекционного контроля и профилактики внутрибольничных инфекций.

**План лекции**

Понятия “инфекционный процесс”, “внутрибольничная инфекция”.

Масштаб проблемы ВБИ. Заболевания, относящиеся к ВБИ. Способы передачи инфекции в лечебно-профилактических учреждениях. Факторы, влияющие на восприимчивость “хозяина” к инфекции. Характеристики и способы передачи некоторых возбудителей ВБИ. Условия, способствующие сохранности микроорганизмов в окружающей среде. Группы риска ВБИ. Резервуары возбудителей ВБИ.

Инфекционный контроль в МО. Действующие нормативные документы, регламентирующие соблюдение инфекционной безопасности. Роль медицинской сестры в профилактике и контроле распространения ВБИ.

**Содержание**

**Внутрибольничная инфекция** – это любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое появилось у пациента в результате обращения за медицинской помощью или после его госпитализации, а также инфекционное заболевание медработника, развившееся после контакта с больным при выполнении своих профессиональных обязанностей.

В нашей стране уровень внутрибольничной инфекции составляет 6% (в США – 5%, в Англии – 3-5%). Наиболее восприимчивыми к внутрибольничной инфекции являются пациенты хирургических и урологических отделений, а также родовспомогательных учреждений. Наибольший риск развития внутрибольничной инфекции наблюдается у пациентов, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, что связано со значительным снижением иммунитета.

**Факторы, влияющие на возникновение ВБИ**

* снижение иммунитета
* пожилой или детский возраст
* несоблюдение правил инфекционной безопасности и санитарно-противоэпидемического режима при уходе за больными, особенно в хирургических и инфекционных стационарах
* большая скученность больных в МО
* хронические заболевания
* хирургические вмешательства
* ожоги
* применение антибиотиков, стероидных гормонов
* химиотерапия, лучевая терапия
* инвазивные процедуры
* недостаточное питание

**Возбудители ВБИ**

* бактерии
* вирусы
* грибковая флора
* риккетсии
* протозойные (простейшие)
* гельминты

**Резервуар инфекции**

* живой
* неживой

**Входные ворота инфекции**

* дыхательные пути
* пищеварительный тракт
* мочеполовые пути
* кожа и слизистые оболочки
* кровь
* плацента

**Способы передачи ВБИ:**

* воздушно-капельный
* контактно-бытовой (прямой и косвенный)
* трансмиссивный (через переносчика)
* гематогенный (через кровь).

**Инфекционный процесс** – это взаимодействие микро- и макроорганизма, в результате которого развивается инфекционное заболевание.

**Виды микроорганизмов, вызывающих ВБИ:**

* патогенные микроорганизмы – в любых условиях внешней и внутренней среды вызывают возникновение ВБИ
* условно-патогенные микроорганизмы – вызывают возникновение ВБИ только при определенных условиях внешней или внутренней среды организма человека.

Кроме того, существуют непатогенные микроорганизмы, которые никогда не вызывают возникновение ВБИ, это нормальная флора организма человека.

Наиболее опасными заболеваниями, относящимися к внутрибольничным инфекциям, являются СПИД и парентеральные гепатиты.

Вирус ВИЧ и вирусы парентеральных гепатитов выделяются из крови, спермы, влагалищных выделений, слюны, слез, грудного мо­лока, мочи и, вероятно, присутствуют в других жидкостях, секретах и выделениях организма. Однако, несмотря на такое широкое рас­пространение вируса, многочисленные лабораторные и эпидемиоло­гические исследования свидетельствуют о том, что передается ВИЧ только с кровью, спермой и выделениями из влагалища и шейки матки. Эти исследования неоднократно подтверждали только три способа передачи ВИЧ: половой, при гетеросексуальном и гомосек­суальном сношении; парентеральный, с кровью и продуктами крови (включая переливание крови и ее продуктов, а также использование нестерилизованных шприцев и игл); и перинатальный, от матери к ребенку, до, во время или вскоре после родов.

Вирусы парентеральных гепатитов устойчивы во внешней сре­де. Возможно инфицирование парентеральными гепатитами в ЛПУ при несоблюдении правил инфекционной безопасно­сти и контроля (предстерилизационной очистки, стерилизации).

**Возможные пути инфицирования медработников:**

* нанесение травм иглами и другими острыми инструментами, загрязненными кровью или жидкими средами организма ин­фицированного человека
* контакт открытых ран с кровью или другими жидкими сре­дами организма инфицированного человека
* попадание инфицированной крови или жидких сред на слизистые оболочки или в глаза.

**Возможные пути инфицирования пациентов:**

* Через зараженные инструменты (иглы, шприцы, скальпели и другие инструменты для инвазивных процедур), повторно исполь­зуемые без стерилизации или дезинфекции.
* В результате переливания инфицированной крови.
* В результате пересадки кожи, донорства спермы и трансплан­тации органов от человека, инфицированного ВИЧ.
* От инфицированной матери ребенку во время бере­менности, родов или вскоре после родов.

**Теоретическое занятие № 12**

**Тема: Профилактика передачи вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции в МО**

**Цель занятия:** изучить основные мероприятия по профилактике профессиональных заражений медицинских работников, ознакомиться с требованиями к забору и доставке крови на СПИД, инструкцией по проведению профилактических мероприятий при контакте с биологическими жидкостями.

**План лекции**

Предупреждение профессиональных заражений.

Правила забора и доставки крови на СПИД.

Мероприятия на случай аварии при работе с кровью и другими биологическими жидкостями больного ВИЧ-инфекцией.

**Содержание**

**Предупреждение профессиональных заражений**

Профилактика профессиональных заражений медицинских работников проводится в соответствии с правилами, которые сводятся к максимальному предотвращению во время работы возможности контакта с кровью, содержащей вирус. Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью или сывороткой, следует производить в резиновых перчатках. Во время работы все повреждения на руках должны быть закрыты напальчниками, лейкопластырем. При угрозе разбрызгивания крови или сыворотки следует работать в масках. Запрещается медицинскому персоналу проведение парентеральных процедур с использованием мединструментария, предназначенного для больных, прием пищи и курение в лабораториях и помещениях, где проводятся проникающие процедуры больным. При планировке и строительстве МО необходимо предусмотреть наличие в процедурных кабинетах 2 раковин – для мытья рук и мытья (обработки) медицинского инструментария. Разборку, мойку и прополаскивание медицинского инструментария, использованных пипеток и лабораторной посуды, приборов и аппаратов, соприкасавшихся с кровью и сывороткой пациентов, нужно проводить только после предварительной дезинфекции, обязательно в резиновых перчатках. Следует строго соблюдать правила личной гигиены. После любой процедуры, в том числе парентерального вмешательства (инъекций, забора крови и т.п.), проводится тщательное двухкратное мытье рук в теплой проточной воде с мылом. Руки необходимо вытирать индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно, или салфеткой одноразового использования. При обработке рук следует избегать частого применения дезинфекантов, которые способны вызывать раздражение кожи и дерматиты, что облегчает проникновение возбудителя. Хирургам для мытья рук не следует пользоваться жесткими щетками.

Бланки направлений в лабораторию на исследование категорически запрещается помещать в пробирку с кровью. Их следует приклеивать к внешней стороне поверхности емкости. Необходимо маркировать пробирки с кровью, взятой для анализа, у носителей НвsАg и больных ВГ. В клинико-диагностических лабораториях, исследующих кровь или сыворотку пациентов, следует работать с соблюдением режима, предусмотренного для работы в микробиологических лабораториях.

При работе с кровью, сывороткой или другими материалами нужно пользоваться резиновыми грушами или автоматическими пипетками с одноразовыми наконечниками. В случае загрязнения рук кровью следует немедленно обработать их тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором (1% раствор хлорамина), и вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом, насухо вытереть индивидуальным полотенцем или салфеткой одноразового использования, затем обработать тампоном, обильно смоченным 70о этиловым спиртом.

Поверхности рабочих столов в конце каждого рабочего дня (а в случае загрязнения кровью - немедленно) следует обработать 3% раствором хлорамина. Все виды использованных пипеток, пробирок, предметные стекла, резиновые груши должны быть обеззаражены погружением в сосуды с дезинфицирующим раствором, а затем подвергнуться предстерилизационной очистке и стерилизации согласно ГОСТа 42-21-2-85.

Медицинские работники, имеющие по роду своей профессиональной деятельности контакт с кровью и ее компонентами, подлежат обследованию на наличие НвsАg при поступлении на работу, а далее не реже одного раза в год. При выявлении НвsАg проводится углубленное клинико-лабораторное обследование врачом – инфекционистом. Лица с наличием НВsАg отстраняются от заготовки, переработки и переливаний крови и ее препаратов. Категории медицинских работников с выявленным НВsАg, относящихся к группам риска, обязаны соблюдать правила личной гигиены, направленные на предупреждение заражения пациентов ВГ. Все парентеральные манипуляции должны проводится этими лицами в резиновых перчатках. Временно отстраняются от работы хирурги, урологи, гинекологи, стоматологи, операционные и процедурные сестры и т.п., имеющие нарушение целости кожных покровов рук. Указанные ограничения с этих категорий медработников снимаются при повторных отрицательных исследованиях крови на наличие НвsАg высокочувствительными методами.

**Памятка по забору и доставке крови на СПИД**

Забор крови:

1.В сухую центрифужную пробирку забрать 4-5 мл венозной крови.

2.Пробирки с кровью нужно пронумеровать. Номера на пробирках и направлениях должны совпадать. Пробирки закрываются ватно-марлевой или резиновой пробкой и устанавливаются в контейнер с уплотнением (вата, поролон).

3.Категорически запрещается забор крови в пробирки с отбитыми краями.

4.Работать с исследуемым материалом только в резиновых перчатках, все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем или напальчником. Особое внимание следует обращать на условия забора крови, чтобы исключить заражение. Работать надо осторожно во избежание случайных уколов иглой, пореза разбитой посудой.

5.Кровь может храниться в холодильнике более суток. Не подлежит доставке в лабораторию гемолизированная кровь. Каждая пробирка маркируется, составляется направление в 2 экземплярах.

Доставка крови:

1.Забранную кровь необходимо доставить в лабораторию в день забора с 8.30 до 10.00.

2.Кровь доставляется в лабораторию в жестяном контейнере.

3.Отдельно доставляется направление со сведениями об обследуемых лицах.

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по первичным мероприятиям на случай аварии при работе с кровью и другими биологическими жидкостями больного ВИЧ-инфекцией**

1.При проколе или порезе немедленно вымыть руки в перчатках проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить каплю крови, обработать рану 70º спиртом, затем, 5% раствором йода.

2.В случае заражения кожных покровов биологической жидкостью немедленно обработать 70º спиртом, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70º спиртом.

3.При попадании биологической жидкости на слизистые оболочки глаз, их немедленно обмывают струей воды и вводят несколько капель 1% р-ра борной кислоты или раствора сульфацила натрия; слизистые носа обрабатывают путем закапывания 1% раствора протаргола, рот и горло прополаскивают 70º спиртом, разведенным наполовину с водой.

4.Авария регистрируется в журнале регистрации аварий отделения, ставятся в известность об этом руководители отделений и администрация больницы.

5.Проводится обеззараживание места аварии 3% раствором хлорамина и кварцеванием воздушной среды в течение 30 минут.

6.За пострадавшими устанавливается медицинское наблюдение с анализом крови на ВИЧ через 3, 6 и 12 месяцев.